

СТРУКТУРА БЕСПЛОДИЯ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОГО ЗДОРОВЬЯ «БИНА»**К.Г. Совпель, О.В. Лысенко, Ю.В. Занько****Реферат**

В настоящей статье произведена попытка анализа структуры бесплодия по данным центра семейного здоровья «БИНА». В исследование включено 50 бесплодных пар. Особое внимание уделялось причинам бесплодия, а также факторам, влияющим на снижение овариального резерва.

Ключевые слова: бесплодие, структура бесплодия, факторы.

INFERTILITY STRUCTURE ACCORDING TO THE DATA OF FAMILY HEALTH CENTER "BINA"**K.G. Sovpel, O.V. Lysenko, Y.V. Zanko****Abstract**

This article attempts to analyze the structure of infertility according to the family health center "BINA". The study included 50 infertile couples. Particular attention was paid to the causes of infertility, as well as the factors affecting the decrease of ovarian reserve.

Key words: infertility, infertility structure, factors.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бесплодие на сегодняшний день является проблемой, затрагивающей многие аспекты жизни современного человека. На настоящий момент эпидемиологические исследования по оценке распространенности бесплодия проведены практически во всех крупных европейских странах, США и странах Азии. Несмотря на это, общей мировой статистики не существует, что обусловлено разными причинами: вариативность структуры причин бесплодия в различных популяциях, откладывание деторождения на поздний репродуктивный возраст, длительное использование контрацепции, несовершенство сбора информации для последующей статистической обработки.

Зачастую бесплодие является мультифакториальным и сочетает в себе мужской и женский факторы. Но даже в случае, когда причиной является один из партнеров, эта проблема кардинально меняет жизнь обоих супругов, влияя на отношения внутри семьи, а путь от желания стать родителями до воплощения этой мечты может быть долгим и трудным [4, 5, 6].

Распространенность бесплодия диктует необходимость проведения эпидемиологических исследований в этом направлении. По данным Voivin J. с соавторами [3], показатель частоты бесплодия в мире в среднем составляет 9%. Но более выражена данная проблема в странах с ограниченными ресурсами, где частота распространенности бесплодия значительно выше [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать структуру бесплодия по данным консультативного приема в ЦСЗ «БИНА».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 50 случайно выбранных амбу-

латорных карт женщин в возрасте от 25 до 45 лет и их партнеров, обратившихся в ЦСЗ «БИНА» в 2018 году с жалобами на отсутствие беременности.

Оценивалась частота сочетанного и комбинированного бесплодия, первичного и вторичного бесплодия. Отдельно оценивались следующие факторы женского бесплодия: трубный, цервикальный, перитонеальный, эндокринный, маточный. Также нами отдельно проанализирована частота эндометриоз-ассоциированного и идиопатического бесплодия. Кроме того, мы постарались дать оценку влияния на овариальный резерв проведенных в анамнезе операций: удаление маточных труб, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, резекция одного или двух яичников, резекция яичников два и более раз. Мужской фактор бесплодия оценивали по результатам спермограммы, гормонального статуса, заключения врача-уролога-андролога. Под отклонениями в спермограмме понимали астенозооспермию, тератозооспермию, азооспермию, аспермию.

Данные проанализированы с использованием программы Statistica 6.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 50 пациентов, обратившихся в центр семейного здоровья «БИНА» по причине ненаступления беременности в течение более одного года в 2018 г., 24 (48%) женщины были в возрасте от 25 до 34 лет; 18 (36%) – в возрасте от 35 до 39 лет; 4 (8%) – в возрасте от 40 до 42 лет и 4 (8%) – в возрасте старше 42 лет. Мы обращали внимание на возраст женщины из-за влияния возраста на качество ооцитов уменьшения количества ооцитов с возрастом, разной лечебной тактики репродуктолога в зависимости от возраста женщины.

Среди всех случаев на первичное бесплодие пришлось 68% (34 пары).

Сочетание мужского и женского факторов бесплодия (комбинированное бесплодие) зарегистрировано у 40% (20 пар) пациентов.

Сочетание нескольких факторов бесплодия было обнаружено у 30 женщин, что составило 60%.

Ниже приведено процентное распределение женщин в зависимости от обнаруженных факторов женского бесплодия:

- эндокринный – 42% (21 пациентка);
- генитальный эндометриоз – 34% (17 женщин);
- трубный фактор составил 32% (16 пациенток);
- маточный – 28% (14 человек);
- перитонеальный – 26% (13 случаев);
- цервикальный – 4% (2 женщины).

Снижение овариального резерва выявлено у 27 женщин, что составило 54% от общего количества пациенток.

При поиске взаимосвязи снижения овариального резерва с хирургическими вмешательствами нами отмечено, что среди пациенток со сниженным овариальным резервом в анамнезе чаще встречались операции:

- по удалению маточных труб (12 женщин – 24%);
- резекции одного яичника (5 пациенток – 10%);
- резекции 2 яичников (4 случая – 8%);
- резекции яичников два и более раз (3 женщины – 6%).

Мужской фактор бесплодия составил 52% (26 пациентов), причем астенозооспермия, диагностированная по результатам спермограммы, была определена как наиболее значимый фактор в структуре мужского бесплодия.

Анализируя данные, приведенные выше, можно отметить, что среди обратившихся преобладает первичное бесплодие. Почти в половине случаев найдены причины бесплодия как у женщины, так и у мужчины, а в половине наблюдений присутствовал мужской фактор. У 2/3 женщин диагностировано сочетание нескольких факторов бесплодия.

В структуре женского бесплодия лидирующее место занимает эндокринный фактор, генитальный эндометриоз и трубный фактор. На четвертом месте – маточный фактор, что, очевидно, связано с агрессивной тактикой относительно внутриматочных вмешательств в последнее десятилетие.

Ведущее место, как причина снижения овариального резерва после оперативных вмешательств на придатках, принадлежит операциям по удалению маточных труб, что, как известно, связано с нарушением кровоснабжения яичников после оперативного вмешательства.

Мы отдельно не анализировали снижение овариального резерва в зависимости от возраста женщины, поскольку с увеличением возраста не только уменьшается овариальный резерв, но и ухудшается качество яйцеклеток, а также в исследуемой выборке недостаточное количество женщин позднего репродуктивного возраста для проведения анализа.

ВЫВОДЫ

1. В структуре бесплодия преобладает первичное бесплодие.

2. Среди факторов женского бесплодия первое место принадлежит эндокринному фактору.

3. Не следует забывать о снижении овариального резерва после удаления маточных труб и планировать зачатие в ближайшее время после оперативного вмешательства.

4. Исследования в этом направлении следует продолжить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Defining infertility systematic review of prevalence studies / S. Gurunath [et al.] // Hum Reprod Update. – 2011. – №17. – P. 575-588.
2. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries / W. Ombelet [et al.] // Human Reprod Update. – 2008. – №14. – P. 605-621.
3. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care / J. Boivin [et al.] // Hum Reprod. – 2007. – №22 (6). – P. 1506-1512.
4. Киракосян, К. Э. Распространенность и структура эндокринного бесплодия у женщин армянской национальности / К. Э. Киракосян, Назаренко Т. А., Краснополянская К. В. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – № 12 (4). – С. 71-75.
5. Клинико-эпидемиологические аспекты бесплодного брака в регионе с малой плотностью населения / Салдан И. П. [и др.] // Проблемы репродукции. – 2019. – № 25 (1). – С. 49-59.
6. Паскарь, С.С. Эпидемиологические аспекты бесплодного брака (обзор литературы) / С.С. Паскарь, К.Ю. Боярский // Проблемы репродукции. – 2017. – № 23 (5). – С. 23-26.